

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
ការព្រមព្រៀងលើសេវាគាំទ្រសាកល្បង
ផ្នែកឧបត្ថម្ភគ្រួសារដាច់ឡែកនិមួយៗ
 INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PILOT
 SERVICE AGREEMENT

ឈ្មោះអតិថិជន	អត្តលេខនៃនាយកដ្ឋាន DDD
ការប្រាប់ឲ្យដឹងមុននូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ	
ភាពរឹងមាំ (ដោយរួមទាំងប្រព័ន្ធការឧបត្ថម្ភ, ផ្នែកឯករាជ្យ/ផ្នែកសមត្ថភាព)	
ការឧបត្ថម្ភដែលត្រូវការ/ការឧបត្ថម្ភដែលស្នើសុំ	
សេវាដែលបានដាក់ស្នើ	
ផែនការត្រួតពិនិត្យ (ដោយរួមទាំងអ្នកដែលត្រួតពិនិត្យ, ញឹកញាប់របៀបណា, រាយការណ៍របៀបណា)	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
អ្នកចូលរួមដទៃទៀត	
ហត្ថលេខារបស់នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

សិទ្ធិធ្វើឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

អ្នកមានពេលចំនួនកៅសិប (90) ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាល គរ្តាំចំពោះសកម្មភាពនេះ ។

- បច្ចុប្បន្ននេះ បើសិនជាអ្នកកំពុងទទួលសេវាដែលចេញប្រាក់ដោយនាយកដ្ឋាន DDD និងចង់ទទួលសេវាបន្តនៅពេលអ្នកធ្វើឧទ្ធរណ៍ នោះអ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងពីការស្នើសុំរបស់អ្នកអំពីសវនាការរដ្ឋបាលត្រឹមថ្ងៃ _____
- បើសិនជាអ្នកជ្រើសយកការនេបន្តទទួលសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ឱ្យ និងសេចក្តីសំរេចចុងបញ្ចប់ដែលធ្វើតាមសកម្មភាពរបស់ក្រសួង អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការសងប្រាក់វិញរហូតដល់ពេលចំនួន 60 ថ្ងៃនៃសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ឱ្យ ។
- បើសិនជាអ្នកមិនចង់នេបន្តទទួលសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ ចូរទាក់ទង៖

_____ តាមលេខ _____
 នាយកគ្រប់គ្រងធនធាន/សំណុំរឿង លេខទូរស័ព្ទ

អ្នកមានសិទ្ធិដូចខាងក្រោមនេះ ៖

1. ត្រូវមានគេតំណាង (អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ទទួលជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនបង់ថ្លៃ) ;
2. ស្នើសុំក្រដាសចម្លងនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក និងគ្រប់ព័ត៌មានដែលពិនិត្យដោយនាយកដ្ឋាន DDD ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសំរេច ;
3. ដាក់ឯកសារនានាសំរាប់ធ្វើជាកស្តុតាង ;
4. ធ្វើជាកសិណនៅពេលធ្វើសវនាការ និងនាំសាក្សីមកបំភ្លឺកស្តុតាងក្នុងនាមរបស់អ្នក ;និង
5. ចោទសួរសាក្សីទាំងសងខាងសំរាប់ក្រសួង ។

ក្រដាសពាក្យសំរាប់ស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។

សំនួរ

បើសិនជាអ្នកមានសំនួរអំពីការសំរេចចិត្តនេះ ឬដំណើរការឧទ្ធរណ៍ សូមទាក់ទង៖

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	ការិយាល័យក្នុងតំបន់
-------	-------------	---------------------



**ការព្រមព្រៀងលើសេវាគំរោងសាកល្បង
ផ្នែកឧបត្ថម្ភសេវាដាច់ខាតសុខាភិបាល
ការស្នើសុំធ្វើសវនាការ**

យោងតាមច្បាប់ជំពូក 388-02 សំរាប់បទបញ្ញត្តិ
សវនាការនៃនាយកដ្ឋាន DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ផ្ញើទៅ : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

លេខទូរសារ : 360-586-6563

ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើសវនាការ ពីព្រោះខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសំរេចចិត្តដូចខាងក្រោមនេះ ដោយក្រសួងសង្គមកិច្ចនិងសុខាភិបាល (DSHS):

- ពន្យល់យ៉ាងខ្លីៗ ដែលក្រសួង DSHS បានប្តឹងបានធ្វើ (បន្ថែមក្រដាសបើសិនជាអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរច្រើន); និង
- ភ្ជាប់សំណើចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកសុំធ្វើឧទ្ធរណ៍ បើសិនជាអាចធ្វើទៅបាន ។

ឈ្មោះរបស់អ្នក (សូមសរសេរឲ្យច្បាស់)	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
អាសយដ្ឋាននៃផ្នែកស្នើសុំធ្វើសវនាការ	អត្តលេខ ID របស់អតិថិជន
ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វដ	លេខទូរស័ព្ទ (រួមបញ្ចូលទាំងលេខតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទសំរាប់ទុកបណ្តាំ

ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ពីសេចក្តីសំរេចចិត្តនេះថ្ងៃទី : _____ ដោយ: _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ឈ្មោះនិងទីកន្លែងនៃក្រសួង DSHS

ខ្ញុំចង់ទទួលបានជំនួយ បើសិនជាខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិ បាទ ទេ កម្មវិធី: _____

ខ្ញុំត្រូវបានគំរាមដោយ (បើសិនជាអ្នកត្រូវបានគំរាម កុំបំពេញព័រមេត្តាខាងក្រោមនេះ):

ឈ្មោះអ្នកគំរាមរបស់អ្នក	អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
ផ្លូវអាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ ស៊ីបខ្វដ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័រព័រសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកគំរាមរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
------------------	---------------

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា ឬជំនួយដទៃទៀត ឬការធានាជំនួសសំរាប់ធ្វើសវនាការឬ? បាទ/ចាស់ ទេ

បើសិនជាត្រូវការ តើភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី? _____

ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ's) អាចធ្វើសវនាការខ្លះបានតាមទូរស័ព្ទ ។ បើសិនជាអ្នកចង់ប្តូរទៅជាសវនាការមកផ្ទាល់ខ្លួនវិញ ធ្វើតាមការណែនាំនៃសវនាការដែលនឹងត្រូវធ្វើជូនអ្នក ដោយនាយកដ្ឋាន OAH ។